

## スーパーバイザー資格認定推薦書

平成 年 月 日

日本リハビリテーション心理学会  
資格認定委員会委員長 殿

推薦スーパーバイザー

氏名  
所属 印氏名  
所属 印氏名  
所属 印

下記の者について、所定の研修を終了したことを証明するとともに、スーパーバイザーに推薦いたします。

ふりがな	
研修者氏名	
現住所 〒	TEL
所属	TEL
所在地	

トレーナー資格取得後の研修内容

期間	キャンプ名	ポイント(P)	スーパーバイザー名	備考
年 月 日～年 月 日(泊 日)		P		
年 月 日～年 月 日(泊 日)		P		
年 月 日～年 月 日(泊 日)		P		
年 月 日～年 月 日(泊 日)		P		
年 月 日～年 月 日(泊 日)		P		
年 月 日～年 月 日(泊 日)		P		
年 月 日～年 月 日(泊 日)		P		
年 月 日～年 月 日(泊 日)		P		
年 月 日～年 月 日(泊 日)		P		
年 月 日～年 月 日(泊 日)		P		
年 月 日～年 月 日(泊 日)		P		
合計		P		

※複数のスーパーバイザーの指導を受けた場合、または、スーパーバイザー研修者(有資格でない者)から指導を受けた場合には、全てのスーパーバイザーまたはキャンプ長(有資格者)の名称を備考欄に記載すること。

※臨床研修修了証明書のコピーを添付すること。

※キャンプ参加ポイントについては、学会ホームページ内、心理リハビリテーション資格認定委員会内規を参照のこと。

補記：トレーナー資格取得後の実績(事例発表・学会発表等)

---



---